

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 95

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
LA MYOMECTOMIE
ET DE SES RÉSULTATS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Décembre 1932

PAR

Paul-François-Valérien FILIPPI

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né a ISOLA (Alpes-Maritimes), le 28 juillet 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur,.....	Président.
		DUVERGEY, professeur.....	{ Juges.
		PAPIN, agrégé.....	
		DUBECQ, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 95

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA MYOMECTIONIE

ET DE SES RÉSULTATS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Décembre 1932

PAR

Paul-François-Valérien FILIPPI

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né a ISOLA (Alpes-Maritimes), le 28 juillet 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé.....	
		DUBECQ, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSEN, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	GASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

Faible témoignage d'affection et de reconnaissance.

Pour leur admirable vie de labeur et d'intègre dévouement.

A MA SOEUR — A MON BEAU-FRERE

En gage des sentiments inaltérables qui nous unissent.

A MA FIANCEE

Témoignage de profonde affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS VERITABLES

A MES BONS CAMARADES
DU « BORDEAUX-ETUDIANTS-CLUB »
ET DE L'ECOLE DE SANTE DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FABRE

*Qui nous a montré une particulière
bienveillance.*

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BEGOUIN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNENEY

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,*

*Membre correspondant de la Société de chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,*

*Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

En le remerciant de l'honneur qu'il
nous a fait en nous inspirant cette thèse
et en acceptant de la présider.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
LA MYOMECTOMIE
ET DE SES RÉSULTATS

INTRODUCTION

La myomectomie est une opération conservatrice de gynécologie qui consiste à enlever les fibromyomes en conservant l'utérus, les ovaires et les trompes. Elle est basée sur le fait que ces tumeurs bénignes naissant dans les parois utérines sont encapsulées et se développent en refoulant autour d'elles le tissu musculaire de la matrice. Elles sont entourées d'une zone décollable, d'un plan de clivage, parfois interrompu par quelques faisceaux de fibres libres, qu'on utilise pour les séparer du muscle utérin.

On ne comprend pas sous le terme de myomectomie l'extirpation des polypes sous-séreux pour lesquels il suffit de sectionner et d'enfouir le pédicule. Cette opération s'applique surtout aux fibromyomes sous-séreux sessiles ou interstitiels, c'est-à-dire à ceux qui ne sont pas au voisinage immédiat de la muqueuse. Cependant des chirurgiens enlèvent, par ce procédé, des noyaux qui prennent contact avec cette muqueuse et ouvrent soit volontairement, parfois par accident,

la cavité utérine. Ceci n'a pas grande importance et la guérison n'est pas compromise. On peut fermer aussitôt par une fine suture la brèche faite ou faire comme Tuffier qui la laisse ouverte et la draine par l'intérieur de l'utérus.

La myomectomie est pratiquée pendant ou en dehors de la grossesse, mais elle a des indications opératoires bien définies en dehors desquelles elle ne devrait jamais être faite si le chirurgien veut qu'elle soit profitable à sa malade.

Nous nous bornerons dans ce travail sur un sujet déjà assez étudié à faire un bref historique de la question, un rapide exposé de la technique opératoire et des indications de la myomectomie, et essayerons d'approfondir un peu plus le chapitre ayant trait aux résultats avec quelques observations à l'appui, toutes inédites, recueillies à Bordeaux auprès de nos Maîtres.

HISTORIQUE

La première énucléation de fibrome par myomectomie abdominale semble avoir été faite par Spencer Wells (1863). En 1874, Spiegelberg énucléa aussi un fibrome par l'abdomen, mais sa malade succombait deux semaines plus tard d'une péritonite septique.

C'est en 1878 que le Professeur Martin (de Berlin) fait une communication importante à ce sujet au Congrès de Cassel. L'on peut dire que c'est lui qui a préconisé et bien réglé cette opération et, en 1893, il publiait déjà une statistique qui s'élevait à 141 interventions de ce genre à la suite desquelles il n'eut que 4 récidives.

En Allemagne, cette opération fut vite vulgarisée, et Mœnke (1882), Schröder (1883), Kurtner (1884), entre autres, obtiennent des succès dans cette voie. De même des myomectomies furent faites au cours de la grossesse, et Olshaushen, en 1897, en publie 51 cas avec 8 avortements.

En Hollande, Treub (1859); en Autriche, Bandl (1888), Schauta (1895); en Russie, Werder (1895), Lewolf (1897); en Suisse, Vulliet (1894), se prononcèrent en faveur de cette chirurgie conservatrice. Partout, en Angleterre : Alexander, Saincler, Giles (au Congrès d'Amsterdam, août 1899); en Amérique, au Congrès de Washington (1894), Kelly, W. Coodel, Mathew Man, sont également partisans de la méthode, tandis qu'en France ce mouvement conservateur progresse beaucoup plus lentement. Ce sont Jaboulay (de Lyon, 1889), Temoin (de Bourges, 1890), qui l'ont pratiquée les premiers,

et ce dernier s'engage très franchement dans cette voie chaque fois que les cas s'offrant à lui sont justiciables d'une telle méthode. Au X^e Congrès français de Chirurgie (Paris, oct. 1896), il est le seul à en parler, le règne de l'hystérectomie fleurit toujours. Cependant, Bouilly, Chevrier, Doléris, Péan, avaient fait quelques myomectomies.

En 1897, dans son *Traité de gynécologie*, Pozzi consacre un chapitre important à l'énucléation abdominale et il publie une statistique résumée des cas faits, au cours de la grossesse pendant la période allant de 1874 à 1894.

L'année 1900 fut féconde. Trois thèses sont soutenues à Paris (Turner, Ferendinos, Morinière), apportant des statistiques nombreuses, tandis qu'au Congrès international de médecine à Paris la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes est à l'ordre du jour. On en précise les indications. Tuffier, Richelot, Témoïn, en sont les chauds partisans.

En 1901, Dartigues soutient une nouvelle thèse.

En 1902-1903, les Parisiens se lancent à fond pour l'hystérectomie subtotale et il ne reste guère que Tuffier qui soit un adepte de la myomectomie, mais, par la suite, cette pratique reprendra un nouvel essor.

Cependant, l'Ecole de Lyon a d'excellents défenseurs de cette opération avec MM. Villard, Goullioud, Vincent, Violet, et ces éminents praticiens sont à l'origine des thèses d'Achard (1922), Bonnier (1925), Pacaud (1925), Le Bihan (1930).

A Bordeaux aussi, la myomectomie commence à être pratiquée, quelques articles sont publiés par nos Maîtres les Professeurs Chavannaz, Bégouin, Papin, Jeanneney, tandis que des thèses sont soutenues devant la Faculté. Néanmoins, ce n'est pas encore une opération que l'on fait couramment. M. le Professeur Bégouin, dans un article du *Journal de médecine de Bordeaux*, en novembre 1929, considérait l'opération comme d'exception et aussi de gravité supérieure jusqu'à ces 8 à 10 dernières années pour les cas de myomectomie vraie par énucléation abdominale de fibromes interstitiels. Actuellement, il pense que c'est encore une opération d'ex-

ception, car les statistiques les plus favorables montrent que Goullioud ne la fait que dans 11 à 20 p. 100 des cas, Mayo dans 18 p. 100, et Tuffier seul arrive à 45 p. 100. Elle pourra peut-être se faire plus souvent dans quelques années, car les malades viendront plus tôt au chirurgien, mais l'augmentation sera minime et l'hystérectomie restera toujours l'opération courante plus justifiée pour deux grandes raisons :

1° anatomique, due au nombre et aux rapports des fibromes avec l'utérus;

2° physiologique, tenant à l'âge des malades qui viennent presque toutes vers 40 à 50 ans.

Pour M. le Professeur Bégouin l'objection que la myomectomie est plus grave n'est plus à retenir si celle-ci n'est faite que dans les cas seuls indiqués.

De ce court historique, nous tirerons la conclusion que le succès de cette opération conservatrice s'affirme de plus en plus et il est à souhaiter que l'avenir lui donne une plus large part dans les interventions pour fibromes utérins sans toutefois tomber dans un excès regrettable.

II

TECHNIQUE OPERATOIRE

Quelques mots sur la façon de conduire cette opération. Après laparotomie, découverte et examen de l'utérus, la paroi de l'organe est incisée soit sur la ligne médiane, soit sur le point culminant de la tumeur et l'incision menée jusqu'à la coque du fibrome. Celui-ci est fixé par des pinces à traction et, dès lors, avec des instruments mousses ou avec des ciseaux courbes, le décollement est poursuivi de proche en proche jusqu'à libération complète de la tumeur. S'il y a plusieurs fibromes, ils sont énucléés successivement par la même incision ou par des incisions différentes. L'opération ne va pas sans une hémorragie notable, mais qui est rarement abondante et gênante. L'hémostase est assurée par des sutures en capiton qui rapprochent les parois de la poche. Les lèvres de l'incision utérine sont réunies par un surjet qui adosse les surfaces péritonéales.

La myomectomie terminée on inspectera les annexes. Si l'un des côtés est lésé, il ne faudra pas hésiter à en faire l'ablation, à détruire tout petit noyau kystique ou petit kyste pédiculé de l'ovaire ou des trompes. De même, il faudra corriger les malpositions de l'utérus, s'il en existe, par un des différents procédés préconisés comme moyen de fixation de cet organe.

Les suites opératoires sont en général simples et la valeur thérapeutique de la myomectomie n'est guère discutée. Elle procure une bonne guérison immédiate, qui fait cesser les accidents dus aux fibromes, et les incidents tardifs semblent

assez négligeables. Les ménorragies et métrorragies disparaissent. L'utérus subit une véritable involution qui le ramène à un volume normal. Les troubles douloureux cessent, de même que les accidents dus au volume de la tumeur.

Les risques opératoires que certains auteurs donnaient comme contre-indication vers les débuts de la myomectomie ne sont plus aussi importants et ne dépassent pas ceux de l'hystérectomie. Si la première nommée n'est pratiquée que dans les cas seuls indiqués pour fibromes peu nombreux, ne laissant pas un utérus dilacéré, les deux opérations ont sensiblement la même mortalité, variant de 2 à 4 p. 100. Boher, de Strasbourg, dans une « étude statistique et comparative sur la myomectomie » (Soc. de gyn. et obst., janv. 1930, Strasbourg), donne le tableau suivant :

Mortalité de la myomectomie abdominale : au-dessous de 2 p. 100;

Mortalité de la myomectomie vaginale : entre 2 et 3 p. 100;

Mortalité de l'amputation subtotalé : 2 p. 100;

Mortalité de l'amputation totale : 3 et 4 p. 100;

Mortalité de l'extirpation vaginale : 3 p. 100.

Dans son rapport au Congrès de chirurgie de 1924, Labey rappelle la statistique de Mayo : 7 morts sur 909 myomectomies; celle de Gile, de Londres, 173 myomectomies avec une mortalité de 1,7 p. 100.

Tuffier, en 1904, évalue la mortalité opératoire à 2,75 pour 100; en 1928, sur une série de 42 opérées, il en a perdu 1. Goullioud a eu 4 morts sur 118 opérations. Hartman a pratiqué 50 myomectomies sans accident mortel.

A la discussion de la Société de chirurgie, en 1928, les conclusions sont que la mortalité de cette opération conservatrice est à peu près comparable à celle de l'hystérectomie, peut-être un peu inférieure.

Goullioud fait même remarquer qu'à la suite de la myomectomie l'on ne voit pas les phlébites et embolies que l'on

observe après les hystérectomies, sans doute parce que l'opérateur se trouve toujours assez loin des gros vaisseaux sanguins.

Il nous reste à parler de la technique de la myomectomie au cours de la grossesse. Elle ne diffère guère de la précédente, avec cependant de plus grands risques si l'on se rapproche trop de la cavité utérine et si l'on veut enlever plusieurs noyaux. Il faudra craindre énormément l'avortement. Ce qui importe surtout ce sont les soins postopératoires. En plus de ceux de toute intervention abdominale, il faudra faire tout son possible pour que la gestation ne soit pas interrompue, et pour cela avec les toni-cardiaques, le sérum en goutte à goutte à haute dose, on devra insister sur la morphine, le laudanum ou le chloral. On ne sera tranquilisé que lorsque la période des complications vasculaires, soit le quinzième ou seizième jour, sera passée.

Dans ces conditions, la mortalité opératoire semble plus grande et nous notons que Brindeau signale avoir eu du côté maternel 6 morts sur 34 myomectomies, soit 4,3 p. 100 de décès, et, du côté foetal, 133 opérations avec 121 grossesses ayant évolué normalement, soit 90 p. 100 de gestations à terme.

Brindeau et Treub (1881 à 1904), Henick (1920), Cotte et Creyssel (1906 à 1922), Labey (1924), donnent un total de 357 myomectomies pendant la grossesse avec 15 décès, soit 4,2 p. 100 de mortalité.

Boher, dans la seconde partie de la statistique en partie citée plus haut, donne une mortalité de 2,5 p. 100, un nombre de grossesses interrompues dans environ un cinquième des cas, et il ajoute que 50 p. 100 des opérées accouchent à terme en même temps qu'il signale la rareté des ruptures utérines après myomectomie.

Dans nos observations, nous avons 1 cas avec avortement et 6 cas où la grossesse s'est fort bien terminée. L'une d'entre elles est encore en cours.

III

INDICATIONS DE LA MYOMECTOMIE

Quand peut-on pratiquer la myomectomie ? Ses indications se présentent bien moins souvent que celles de l'hystérectomie et il y a sur ce point, dans la pratique des chirurgiens, des différences considérables. En France, seul Tuffier arrive à une proportion parfois de 85 p. 100 d'opérations conservatrices. En 1925, sur 91 opérations pour fibromes, il a fait 42 myomectomies. Gouilloud a pratiqué 574 hystérectomies pour 118 myomectomies. Par contre, Jean-Louis Faure n'a fait que 4 opérations conservatrices sur 309 interventions abdominales pour fibromes utérins.

A Bordeaux cette opération est encore assez rare.

Ce qui contribue beaucoup à rendre cette intervention conservatrice peu fréquente, c'est le fait que la majorité des fibromateuses sont opérées entre 40 et 50 ans, c'est-à-dire trop tard, car la myomectomie ne s'adresse qu'aux femmes dans la période active de la vie génitale. Elle n'est pratiquée que dans des circonstances exceptionnelles après 40 ans. Il faudrait savoir combien l'ont subie parmi les femmes au-dessous de cet âge. Le Professeur Mocquot, de Paris, l'a recherché dans son service et a trouvé que, sur 23 femmes répondant à ces conditions, 8, c'est-à-dire un bon tiers, n'avaient subi qu'une myomectomie, et cependant les indications de cette opération n'ont pas été poussées bien loin. Certains chirurgiens, et en particulier Mayo, avancent la limite d'âge à 35 ans, la plupart acceptent 40. Mais tous reconnaissent que l'âge doit intervenir et que l'opérateur

doit faire son possible pour garder la possibilité d'être mère à des célibataires jeunes, à des fiancées, à des femmes stériles chez lesquelles le fibrome peut être la cause de stérilité, d'avortements répétés ou d'insertion vicieuse de l'œuf et autres accidents empêchant l'évolution de la grossesse ou occasionnant des douleurs.

Les désirs de la malade doivent aussi intervenir, car elle reste maîtresse d'elle-même, mais il est parfois prudent de ne pas trop les rechercher, la conscience du chirurgien l'obligeant souvent à passer outre. En principe, c'est seulement après la laparotomie, au vu des lésions, qu'il peut déterminer les possibilités opératoires. Le praticien ne doit pas s'engager à l'avance. Il ne pourra que promettre de faire tous ses efforts pour conserver les fonctions génitales. Cependant, à côté de l'examen clinique, l'aide de l'hystérométrie et de la radiologie lui donneront quelquefois des renseignements suffisants.

Nous avons vu plus haut que la gravité de l'opération n'était plus une contre-indication.

Voyons maintenant les conditions anatomiques, elles comprennent les possibilités techniques d'une extirpation facile avec hémostase parfaite, et pour cela il faut voir le siège, le volume et le nombre des myomes.

L'énucléation est d'autant plus indiquée que les fibromes s'éloignent de la muqueuse et se rapprochent de la séreuse. Ce sont surtout les sous-séreux sessiles ou les interstitiels qui peuvent être enlevés sous réserve qu'il n'y ait aucun symptôme susceptible de faire craindre une dégénérescence maligne.

On peut aussi enlever des noyaux qui prennent contact avec la muqueuse. D'autre part, il sera toujours plus facile d'extirper les fibromes se rapprochant de la ligne médiane de l'utérus car l'hémostase sera plus commode à réaliser et meilleure. Ceux du corps seront plus aisément accessibles, mais on peut énucléer des fibromes-nés très bas près du col. Labey fait des restrictions pour deux localisations :

Les fibromes de la corne, parce qu'ils peuvent causer des désordres susceptibles d'occasionner le sacrifice des annexes du côté correspondant et les tumeurs bas situées, intraligamentaires, qui, par leur adhérence aux organes voisins et les risques d'hémorragie, sont assez dangereux à enlever.

Le volume ne semble pas un très gros obstacle, et les partisans de la myomectomie rapportent volontiers qu'ils ont enlevé des myomes de 2, 3, 4 et même 7 kilogs. Labey en aurait enlevé un de 18 kilogs.

Le nombre trop grand de fibromes semble être une contre-indication, bien que plusieurs chirurgiens, et en particulier Tuffier, déclarent avoir aisément extirpé de 10 à 25 noyaux. Il semble qu'après l'énucléation de multiples fibromes il ne reste plus qu'une loge utérine difficile à bien suturer. La récurrence paraît plus à craindre et l'on peut ajouter qu'après ces opérations laborieuses, les conduits tubaires risquent d'être assez malménés. Les dangers d'infection seront plus grands.

Une autre bonne condition est réalisée si les tumeurs sont bien encapsulées et, dans la fibromatose diffuse, il devient impossible de faire une bonne opération conservatrice.

Des lésions associées doit aussi dépendre le choix de l'opération. Des atteintes des annexes, des lésions inflammatoires de nature infectieuse, les métrites, créent une sérieuse contre-indication à la myomectomie. Elle ne devrait être pratiquée que si les trompes sont saines et les ovaires en bon état. Nous ne parlerons pas des cancers du col ou du corps dans lesquels l'opération radicale s'impose.

Si nous abordons maintenant la myomectomie pendant la grossesse, nous voyons que Labey groupe sous trois chefs les indications de l'intervention chirurgicale pour fibrome :

- Les craintes de dystocie dues aux fibromes prævia;
- Les troubles de compression viscérale;
- Les dégénérescences.

Mais avant d'agir, il faut toujours poser le principe que l'énucléation des myomes est à indications limitées. Elle ne

sera pratiquée qu'autant qu'elle sera commandée par des accidents graves et rapides, mettant la femme en situation dangereuse. Elle est alors nécessaire, ou bien conseillée en vue de parer à des complications éventuelles au moment de l'accouchement; dans ce dernier cas, elle est prophylactique.

A quel moment faut-il opérer ? Si la grossesse est avancée, on devra attendre tout près du terme et intervenir avant le début du travail pour faire d'abord la césarienne, ensuite la myomectomie ou l'hystérectomie.

Dans la première période de la gestation, lorsque les risques d'accidents sérieux commandent une intervention, le deuxième ou troisième mois paraît être le moment le plus favorable.

Nous terminerons ce chapitre des indications de la myomectomie en donnant l'avis de M. le Professeur agrégé Jean-neney, de la Faculté de Bordeaux. Selon lui, les myomectomies en dehors de la grossesse doivent être assez limitées, en raison de la multiplicité des fibromes interstitiels diffus. Par contre, au cours de la gestation, elle sera toujours pratiquée s'il y a gêne à son évolution ou à sa terminaison.

IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur J. GUYOT.)

Mme G..., 34 ans, cultivatrice, est adressée à la maison de santé du Professeur Guyot par son médecin traitant, le Docteur P... Cette femme présente une excellente santé générale.

Elle est mariée et a eu deux enfants vivants. Depuis quelque temps, elle présente des règles un peu plus abondantes et souffre du bas-ventre. À l'examen, on constate un utérus un peu gros avec bosselure dure et légèrement douloureuse au niveau du fond de l'utérus. Annexes non perceptibles.

Opération. — Le ventre ouvert, on constate un noyau fibromateux du volume d'une pièce de 5 francs et deux petits noyaux moins volumineux et superficiels. Ils sont enlevés tous les trois par myomectomie, suivie de suture.

Suites normales. La malade, revue depuis, est restée complètement guérie.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur J. GUYOT.)

Fibrome nécrobiosé sous-péritonéal.

Myomectomie en dehors de la grossesse. — Guérison.

Mme R..., 35 ans, nullipare, entre à la Clinique de la rue d'Arnal pour crise douloureuse du côté du bas-ventre.

Réglée à 14 ans, mariée à 25 ans, a toujours joui d'une santé tout à fait normale.

Depuis quelques semaines, a été prise de douleurs du côté du bas-ventre qui n'ont pas été calmées par le repos. Le médecin traitant pense à une annexite aiguë. Malgré la glace et les injections chaudes, la douleur persiste.

A l'examen, on constate qu'il s'agit d'un utérus nettement fibromateux, avec bosselure douloureuse.

On décide l'opération. Celle-ci est pratiquée sous anesthésie à l'éther : le ventre ouvert, on trouve un noyau fibromateux qui, à la coupe, est nettement nécrobiosé et que l'on énuclée facilement. Deux points de suture au catgut sur la plaie utérine, drainage et suture de la paroi.

Suites normales. La malade quitte la clinique le vingtième jour.

OBSERVATION III.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉGOIN.)

X..., femme de 34 ans, nullipare, mariée.

Présente un fibrome qui semble devoir être enlevé par myomectomie. Se fait opérer parce qu'elle est stérile et voudrait avoir des enfants, donc tout faire pour l'opération conservatrice.

Opération (le 15 février 1928). — Myomectomie de 5 fibromes du volume d'un œuf, d'une noix; les 3 autres comme des noisettes ou gros pois.

Enucléation sans avoir ouvert la muqueuse et capitonnage sans rien de particulier, sans aller profondément, après hémostase n'ayant nécessité que 3 ligatures.

La face antérieure de l'utérus reste couverte de cicatrices.

Fermeture sans drainage.

Pas d'appendicectomie.

Bonne guérison.

Résultats. — En juin 1928 : léger retard des règles, mais à la suite d'un petit effort, cette personne a eu des coliques, des maux de rein, et les règles sont revenues.

En juin 1932 : nouveau retard (de neuf semaines), suivi d'une hémorragie avec légères pertes. Veut venir revoir M. le Professeur

Bégouin, mais ne souffrant pas et ses règles étant revenues normales, ne s'en inquiète pas.

En novembre 1932, bon état de santé avec cependant, assez rarement, des douleurs dans le bas-ventre, arrivant au moment des règles et calmées par le repos.

Les règles sont normales, quelques pertes, mais très peu.

Pas d'enfants, pas d'avortements.

OBSERVATION IV.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉGOUIN.)

X..., femme de 47 ans, célibataire.

Entre à Pasteur, dans le service de M. le Professeur Bégouin.
Souffre du ventre.

A l'examen, on trouve une grosse tumeur pédiculée.

Opération (le 11 mars 1931). — Myomectomie; appendicectomie complémentaire.

Remarque : Il ne reste aucun noyau sur l'utérus, les deux ovaires sont sains.

Bonne guérison.

Résultats. — 18 avril 1932 : Etat parfait, les règles sont revenues, la malade n'a pas de douleurs.

14 novembre 1932 : Cette personne est ménopausée depuis trois mois. Ne présente rien du côté de la matrice et est très bien.

OBSERVATION V.

(Service du Professeur CHAVANNAZ.)

X..., 42 ans.

Entre dans le service de M. le Professeur Chavannaz à l'Hôpital Saint-André.

Toujours bien portant. Bien réglée.

Depuis quelque temps : Douleurs sourdes dans la région ombilicale droite avec état nauséux fréquent.

Pas de constipation.

Point de Mac Burney douloureux.

Opération (le 15 novembre 1931). — Sous anesthésie générale (éther).

Incision de Jalaguier.

Appendicectomie.

Triple myomectomie de 3 fibromes sous-péritonéaux occupant le fond utérin et du volume d'une petite mandarine et noix.

On place un drain. Suintement sanguin prolongé au niveau du drain.

Suites opératoires normales.

En novembre 1932, nous avons eu des nouvelles de cette personne par M. le docteur Auché, chef de clinique du service de M. le Professeur Chavannaz. Cette opérée se porte très bien et peut mener une vie très active.

OBSERVATION VI.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur RABÈRE, chirurgien des hôpitaux.)

X..., femme de 37 ans, nullipare, veuve.

Entre à l'Hôpital Saint-André, dans le service de M. le Docteur Rabère.

Opération. — Myomectomie le 25 novembre 1925, par M. le Docteur Rabère.

Il s'agissait d'un myome pédiculé de la face antérieure de l'utérus.

Bonnes suites opératoires.

En novembre 1932, nous avons revu la malade. Elle souffre de rhumatismes, mais ne présente aucun trouble du côté de son appareil génital : pas de douleurs, pas de pertes, règles régulières. Bonne cicatrice opératoire.

Pas de grossesses.

OBSERVATION VII.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur LACOUTURE,
chirurgien des hôpitaux.)

X..., 33 ans, nullipare.

Entre à l'Hôpital du Tondu, dans le service du Docteur Lacouture, le 30 avril 1924.

Opération. — Myomectomie, le 30 avril 1924, par M. le Docteur Lacouture.

Suites opératoires : Fortes hémorragies.

La malade sort le 15 juin 1924. Elle est très faible et sera fatiguée pendant plus d'un an.

Ensuite, les règles sont revenues, elle est en bonne santé. Elle est enceinte en juillet 1927. Sa grossesse est de cinq mois, lorsqu'elle fait une forte chute à bicyclette, d'où avortement.

En novembre 1932, nous avons revu la malade, elle est très bien sous tous les rapports et peut fournir un travail parfois même assez pénible.

Elle est enchantée des résultats de son opération.

Pas de nouvelle grossesse.

OBSERVATION VIII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉGOUIN.)

X..., femme de 32 ans, nullipare, mariée.

Myomectomie en mars 1931 pour fibrome siégeant sur le fond utérin, plutôt à gauche, lisse, unique, sans vascularisation anormale.

Incision antéro-postérieure au point culminant de la masse d'abord petite, permettant de voir que le fibrome est clivable.

Cette incision est agrandie au doigt, sans difficultés. On libère la tumeur, qui est du volume d'un gros poing.

Hémostase par pincement isolé des vaisseaux, puis par points de capitonnage dans toute la cavité, ensuite par des points superficiels tous séparés, au catgut n° 2.

A la fin de ce temps, l'hémostase est parfaite et se maintient tant qu'on enlève l'appendice.

On refoule l'utérus dans le bassin, on place un drain dans le Douglas. Réfection ordinaire de la paroi.

Remarque : Poids du fibrome, 370 grammes. Pas d'autres noyaux.

Suites : Bonne guérison.

Résultats éloignés : Le 13 janvier 1932. Très bon état général, fraîche et rose, mais vite essoufflée et tendance à se trouver mal dans le train, en auto. Réglee peu : trois jours.

Novembre 1932 : Bon état de santé, lui permettant de mener une vie active.

La cicatrice opératoire présente un léger bourrelet, un peu teinté, mais non douloureux.

Quelques douleurs à la suite de grandes randonnées en auto, mais elles sont vite calmées par le repos.

Règles normales. Pas de pertes.

Pas de grossesses.

OBSERVATION IX.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉGOÛN.)

X..., femme de 28 ans.

1° A des règles très abondantes durant huit à dix jours.

2° Se plaint de douleurs très vives.

3° Est stérile.

Opération (le 12 janvier 1931), par M. le Professeur Bégouin.

Myomectomie d'un fibrome du volume d'une noix verte, faisant saillie sur la partie antéro-latérale de l'utérus.

Incision médiane sur le myome, et en énucléant on voit un noyau rouge qui est vert sur un point. C'est un morceau de la muqueuse de la cavité utérine, laquelle est située à droite, un peu en avant du noyau. Il faut disséquer ce lambeau de muqueuse très délicatement pour enlever ce myome.

Ligature au catgut 00.

On ne referme pas la petite incision faite à la muqueuse pour que le sang ne soit pas retenu.

Fermeture à 2 plans de catgut, points séparés, et enfouissement de ceux-ci par un troisième plan séro-séreux.

Pas d'appendicectomie complémentaire.

Bonne guérison.

Résultats. — A eu un petit écoulement vaginal trois jours et ensuite règles normales.

En novembre 1932 : Bon état général. Cicatrice très bonne.

Déclare avoir quelques douleurs légères pendant la période qui précède les règles, après une grande fatigue. Est calmée par le repos.

Les règles sont un peu abondantes et durent cinq à six jours.

Pas de grossesses.

OBSERVATION X.

(Service du Professeur CHAVANNAZ.)

X..., 30 ans, nullipare.

Entre dans le service de M. le Professeur Chavannaz, à l'Hôpital Saint-André.

Opération. — Myomectomie le 20 février 1918.

Bonne guérison.

Résultats. — Excellent accouchement de deux jumeaux le 9 mars 1923. Les enfants sont vivants et bien portants.

En novembre 1932, nous avons eu des nouvelles de cette personne. Elle se porte très bien et peut mener un vie active. Pas de douleurs.

Ses règles sont normales, pas de pertes.

Pas de nouvelle grossesse.

Ses deux jumeaux ont 9 ans et sont bien.

Elle est enchantée de son opération.

OBSERVATION XI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉGOUIN.)

X..., femme de 35 ans, nullipare, mariée.

Vient voir M. le Professeur Bégouin, en février 1928, parce

qu'elle souffre et a des pertes blanches abondantes empesant le linge. Cet état dure depuis trois ans et demi.

Diagnostic. — Cervicite glaireuse et fibrome sur le côté droit du corps utérin. La malade veut des enfants.

Première opération. — Le 8 février 1928 : Amputation du col. Doit revenir dans trois mois pour subir une myomectomie, si possible.

Deuxième opération. — Le 6 février 1929 : Myomectomie.

Incision de 10 centimètres, permettant la décortication du fibrome, qui est gros comme une orange, développé face antérieure et droite de l'utérus. Il n'y a pas d'autres gros noyaux, mais l'utérus reste volumineux, fibromateux. Ovaires scléro-kystiques; on les laisse en place.

Appendicectomie complémentaire.

Bonne guérison.

Résultats. — 3 janvier 1930 : Présente tous les signes d'une grossesse de deux mois et demi.

28 avril 1930 : Grossesse de 6 mois.

20 novembre 1932 : Nous avons eu des nouvelles de la malade. Elle a accouché d'une fille en juillet 1930. Il a fallu faire une application de forceps, mais sans difficultés, et il n'y a eu aucune complication.

Les suites ont été normales.

Actuellement, son état de santé n'est pas très bon, elle est toujours fatiguée et, depuis quelque temps, elle recommence à souffrir du ventre assez souvent, surtout si elle fatigue. Aucun rapport avec les règles, qui sont normales.

Pertes blanchâtres, comme avant son opération.

Pas de nouvelle grossesse.

OBSERVATION XII.

(Service du Professeur CHAVANNAZ.)

X..., 39 ans, nullipare.

Entre le 6 juillet 1920 à l'Hôpital Saint-André, dans le service de M. le Professeur Chavannaz.

Depuis un mois, elle a des pertes abondantes. Elle avait eu une suppression de règles depuis trois mois et croyait faire une fausse couche.

Antécédents. — Rien à signaler, pas d'enfants, pas d'avortements.

Examen clinique. — Bon aspect général.

Présente une tumeur sus-utérine droite s'imposant pour une annexite.

Opération (le 12 juillet 1920). — Laparotomie médiane : La tumeur est représentée par un myome reposant sur le dôme utérin droit.

Myomectomie simple.

Suites normales.

Le 2 octobre 1932. Est enceinte presque à terme, va à la consultation de la clinique d'accouchement sur les conseils de sa sage-femme.

On constate que la tête est mobile au détroit supérieur et on lui conseille de se faire hospitaliser. Elle n'accepte pas.

Soirée du 4 octobre : Début du travail.

Le 6 octobre : Les contractions utérines allant en s'espaçant, la sage-femme appelle le docteur, qui prescrit de la quinine.

Dans la matinée du 7, on l'envoie à la Maternité.

A l'examen : dilatation à 2 francs, membranes tendues. Tête élevée, bruits du cœur rapides, mais réguliers.

On rompt la poche des eaux : liquide teinté de méconium.

A midi, le travail ne faisant pas de progrès, on introduit un ballon de Champetier de moyen volume.

A partir de ce moment, les contractions utérines se font de plus en plus espacées et de moins en moins énergiques.

Les bruits du cœur du fœtus deviennent irréguliers.

On pratique une dilatation bimanuelle du col suivie d'une application du forceps au D. S. en O. I. G. T.

L'enfant ne peut être ranimé. Poids : 3 kg. 700.

En novembre 1932 : Nous avons revu cette personne, elle est très bien et n'a plus présenté aucun incident.

OBSERVATION XIII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉGOUIN.)

X..., femme de 28 ans, I-pare, mariée.

Est enceinte de 3 mois $1/2$.

Il y a trois semaines, a constaté une petite tumeur qui grossit, dans le côté gauche du bas-ventre.

Diagnostic. — Fibrome bosselé et pédiculé sur l'utérus, ou kyste dermoïde de l'ovaire gauche.

Opération (le 31 janvier 1923). — Incision médiane sous-ombilicale. On trouve un utérus au troisième mois de la gestation avec un fibrome du volume d'un gros œuf de dinde, bosselé, et quatre autres très petits (noisettes et petites noix).

Cinq myomectomies sans difficulté, suture au catgut.

Suites : le deuxième jour, coliques qui aboutissent à un avortement en quarante-huit heures environ, fait par M. le Professeur Andérodias.

Résultats. — Le 23 janvier 1926 : a accouché d'un enfant vivant bien portant.

En novembre 1932, nous avons eu de ses nouvelles, cette personne est très bien.

OBSERVATION XIV.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉGOUIN.)

X..., femme de 30 ans, I-pare, mariée.

Entre dans le service de M. le Professeur Bégouin, à Pasteur. Est enceinte de 2 mois $1/2$.

Opération (le 10 mai 1913). — Laparotomie. On trouve deux fibromes, en avant et en arrière du corps utérin, du volume : le premier, d'une petite mandarine, le deuxième, d'une orange aplatie et allongée, tous les deux pédiculés. Double myomectomie, suture du péritoine en double plan, par-dessus les plaies.

Fermeture de la paroi.

Suites normales, bonne guérison suivie d'un accouchement normal à terme.

Résultats. — Mars 1928 : La malade va très bien et a eu plusieurs enfants.

OBSERVATION XV.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JEANNENEY.)

X..., femme de 30 ans, I-pare, mariée (1929).

Est enceinte de 4 mois, souffre du ventre (côté droit) par crises douloureuses.

Au palper, petite saillie mobile très douloureuse.

Diagnostic. — Fibrome sous-péritonéal.

Opération. — Laparotomie : Confirmation du diagnostic.

Myomectomie d'un fibrome gros comme une mandarine.

L'examen de la pièce montre un petit fibrome couleur un peu lilas, en voie de nécrobiose.

Suites opératoires très bonnes, grossesse non interrompue.

Résultats. — Cette personne accouche normalement, à terme, d'un enfant vivant, bien portant.

Etat de santé actuel : Bon.

OBSERVATION XVI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JEANNENEY.)

X..., femme de 35 ans, I-pare, mariée (1926).

Arrêt des règles, petits signes de grossesse semblant dater de trois mois.

Quelques pertes rosées.

Au toucher : Grosseur dans l'un des culs-de-sac. Légère douleur.

On pense à une grossesse ectopique.

Opération. — Laparotomie. On trouve deux fibromes sous-péritonéaux sur un utérus gravide. Myomectomie facile.

Le soir, lavement laudanisé, suites très normales.

Résultats. — Six mois plus tard, très bon accouchement à terme d'une fille en parfait état.

Etat actuel : Excellent, qui lui permet de mener une vie très active.

OBSERVATION XVII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur ANDÉRODIAS
et du Docteur LACOUTURE, chirurgien des hôpitaux.)

X..., femme de 39 ans, I-pare, enceinte de 4 mois.

Entre dans le service de M^r le Docteur Lacouture, à l'Hôpital du Tondu, étant enceinte de 4 mois.

Opération (le 30 octobre 1923). — Myomectomie d'un fibrome gros comme une orange. Des noyaux fibromateux restent dans l'utérus.

Morphine après l'opération.

Bonne guérison.

Résultats. — La grossesse continue son cours normalement et, en mars 1923, entre à l'Hôpital Boursier dans le service de M. le Professeur Rivière.

Abdomen de volume normal.

A la palpation, on sent de petits noyaux fibromateux de volume variable (noix à œuf), perceptibles dans le muscle utérin, en particulier au niveau du fond de l'utérus.

La cicatrice est mobile, pas d'adhérences apparentes sur le plan profond.

Les noyaux fibromateux ont augmenté de volume pendant la grossesse.

Le 12 mars 1923 : début du travail, les contractions utérines sont fréquentes et paraissent s'effectuer normalement sans qu'il se manifeste des adhérences du muscle utérin à la paroi abdominale.

Les fibromes deviennent très durs pendant les contractions.

La tête est engagée en bonne position O. I. G. A., et on termine l'accouchement par forceps très facile.

Déchirure de la paroi vaginale (3 points de catgut).

Déchirure du périnée (3 points avec crins).

L'enfant est dans un état physique bon et pèse 3 kg. 100.

Le 15 mars : Pertes fétides. Utérus gros jusqu'à l'ombilic. On sent de nombreux noyaux fibromateux, notamment sur la face postérieure.

Abcès du sein.

Le 17 mai 1923 : La malade est guérie et sort de l'Hôpital.

En novembre 1932 : Cette personne est très bien et ne présente aucun trouble.

OBSERVATION XVIII.

(Due à l'obligeance de MM. le Professeur ANDÉRODIAS
et du Docteur LACOUTURE, chirurgien des hôpitaux.)

X..., femme de 37 ans, IV-pare, enceinte de 2 mois.

Entre dans le service de M. le Docteur Lacouture, à l'Hôpital
du Tondu, étant enceinte de 2 mois.

Première grossesse en 1924 : Enfant mort-né.

Deuxième grossesse en 1925 : Avortement à 5 mois.

Troisième grossesse en 1927 : Accouchement à 7 mois d'un enfant
vivant bien portant.

Quatrième grossesse en 1929 : Est en cours.

Opération (le 30 janvier 1929 sur utérus gravide). — Myomecto-
mie. Morphine après l'opération.

Bonne guérison, la grossesse continue son cours normalement.

Le 14 novembre : Est au huitième mois de sa gestation et entre
à l'hôpital Boursier dans le service de M. le Professeur Andérodias.

L'accouchement est provoqué le 15 novembre par mesure de pru-
dence, tout se passe très bien, on finit par une application de
forceps.

Enfant vivant, bon état physique, sexe masculin; poids :
2 kg. 400.

En novembre 1932 : la malade est revue.

Elle déclare avoir eu de fortes hémorragies pendant la période
qui a suivi son départ de la clinique d'accouchement. Son état
général était très mauvais. Elle est restée deux ans sans avoir ses
règles.

Actuellement, nous sommes en présence d'une femme malingre
(elle habite un local très insalubre, petit), mais elle ne souffre pas.

Ses règles sont revenues normales, elle n'a que très peu de
pertes.

Bonne cicatrice opératoire, et il ne semble rien exister d'anormal du côté de son appareil génital.

Cette personne peut travailler d'une façon souvent pénible sans être dérangée.

Ses deux enfants sont vivants et bien portants.

OBSERVATION XIX.

(Service du Professeur CHAVANNAZ.)

X..., 38 ans.

Entre dans le service de M. le Professeur Chavannaz, à l'Hôpital Saint-André, étant enceinte de 4 mois environ.

Opération. — Myomectomie le 25 février 1918.

Suites opératoires normales, la grossesse n'est pas interrompue.

En juillet 1918 : Excellent accouchement d'un enfant vivant, bien portant.

Bonnes suites de couches.

Résultats éloignés. — Cette dame est très bien et n'a plus aucun incident jusqu'en septembre 1931, où elle constate par hasard une petite grosseur dans son sein droit. Elle va voir son docteur qui la renvoie à M. le Professeur Chavannaz, à l'Hôpital Saint-André. Elle est admise dans le service le 12 octobre 1931.

A l'examen : Tumeur arrondie siégeant dans la partie externe du sein droit, indolente. C'est une masse dure, bien limitée, non adhérente. Pas de ganglions.

Opération. — Incision exploratrice sur la tumeur qui apparaît comme un nodule de mammite. On se borne à son ablation.

Examen histologique : Kyste simple du sein.

Les suites sont normales.

En novembre 1932 : Nous avons revu la malade, elle jouit d'un état de santé excellent lui permettant de mener une vie assez active. Son enfant a 14 ans et se porte très bien.

Pas de nouvelle grossesse.

OBSERVATION XX.

(Service du Professeur CHAVANNAZ.)

Mme X... entre le 7 septembre 1932 dans le service de M. le Professeur Chavannaz à l'Hôpital Saint-André pour crises abdominales douloureuses. —

Cette malade a eu ses dernières règles normales le 14 juin 1932.

Le 14 juillet : Elle a perdu, mais très peu, et depuis elle a cessé d'être réglée. Cet arrêt des règles lui fait supposer une grossesse. Il s'est accompagné d'envies fréquentes de vomir. Rien du côté des seins.

Dans la nuit du 6 au 7 septembre, les vomissements se répètent fréquemment et s'accompagnent d'une douleur très vive dans la fosse iliaque droite.

Pas de diarrhée, plutôt de la constipation.

Un matin, elle fait appeler son médecin qui l'adresse à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite ou d'annexite.

Antécédents. — Rien à signaler. Pas d'enfants, pas d'avortements.

Examen. — A l'inspection, le ventre paraît avoir une mobilité respiratoire diminuée, mais non abolie.

A la palpation : Contracture de tout l'abdomen, mais beaucoup plus marquée dans la fosse iliaque droite avec cependant peu de douleur à la palpation.

Rien à la percussion.

Au toucher vaginal : Utérus gravide avec col ramolli par places, irrégulier. De plus, on sent une bosselure que l'on précise mal au niveau de la corne droite.

Traitement médical. — Repos, diète et glace sur le ventre.

Au bout de 2 jours, la contracture a considérablement diminué et on sent alors un fibrome pédiculé et douloureux, du volume d'un œuf de poule.

Opération (le 10 septembre), par M. le Docteur Loubat, chirurgien des hôpitaux.

Laparotomie médiane sous-ombilicale qui montre un utérus gra-

vide de trois mois environ, portant trois fibromes : l'un petit sur la face antérieure; le second, du volume d'une demi-pomme largement implanté sur la face postérieure et droite; le troisième, sur le fond utérin, gros comme un œuf de poule et en voie de nécrobiose. Myomectomie de ce fibrome. A la coupe, il se présente de couleur alternativement grise et framboisée.

Appendicectomie.

Fermeture en trois plans sans drainage.

Observation complémentaire. — Le fibrome paraît être à l'origine des troubles constatés et on porte le diagnostic opératoire de fibrome nécrobiosé.

Suites normales sans incidents : Sort guérie le 5 octobre 1932.

Actuellement, la gestation évolue normalement.

OBSERVATION XXI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

X..., femme de 36 ans, nullipare, mariée.

Il y a huit ans, violentes douleurs dans le bas-ventre, à type de brûlures, irradiant dans les reins, les cuisses. Vomissements, fièvre.

Les règles ne sont pas modifiées, mais, pendant leur intervalle, la malade a des pertes sanguinolentes, empesant le linge.

A été soignée pour métrite, mais son état demeurant stationnaire, elle entre à l'Hôpital Boursier, salle II, lit XXIX, pour se faire opérer.

Diagnostic. — Rétroversion utérine, appendicite chronique, fibrome.

Remarque : La malade veut avoir des enfants, d'où opération conservatrice.

Opération (le 11 août 1927). — Anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane. On tombe sur un utérus irrégulier, nettement fibromateux. Deux fibromes sont bien individualisés; l'un au niveau de la paroi postérieure à type sous-péritonéal et qui est facilement enlevé par section du pédicule; l'autre, sur la paroi

antérieure, interstitiel, faisant une saillie à la surface de l'utérus, mais surtout senti par sa consistance dure à la palpation.

On fait une incision losangique, et l'énucléation est facile, sans ouverture de la cavité utérine. Plusieurs artérioles saignent et sont pincées.

Hémostase réalisée par des points séparés mis sur la paroi utérine au nombre de 6.

Le premier noyau avait le volume d'une noisette; le deuxième d'une amande.

Deuxième temps : Appendicectomie.

Troisième temps : Raccourcissement des ligaments ronds.

Bonne guérison.

Résultats éloignés. — La malade est bien un certain temps, mais recommence ensuite à souffrir moins violemment cependant, mais avec les mêmes irradiations. Au moment des règles et pour un travail prolongé, les douleurs augmentent. Elles sont calmées par le repos. Brûlures à la miction.

En février, mars 1931, elle a eu une grippe intestinale à la suite de laquelle les douleurs ont augmenté d'intensité, de sorte que la malade revient à l'Hôpital Boursier, salle II, lit IX.

N'a pas eu d'enfants, pas eu d'avortements.

A l'examen : La palpation révèle une douleur diffuse dans le bas-ventre, plus nette aux points urétéraux et dans la région rénale droite.

Au toucher : Col métritique.

Le corps utérin est à sa place, mais il est gros, remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, fibromateux, avec nodules douloureux à la pression. Du côté annexiel, on trouve de petits ovaires perceptibles, très sensibles, mais mobiles.

On décide de réintervenir.

Deuxième opération le 27 octobre 1931 par M. le Professeur Guyot.

Hystérectomie subtotale sur un utérus fibromateux, volumineux, avec annexes scléreuses et adhérentes.

Suites opératoires très bonnes, la malade sort guérie le 14 novembre 1931.

OBSERVATION XXII.

(Due à l'obligeance de MM. le Professeur agrégé PAPIN
et le Docteur MAHON.)

La première partie de cette observation a fait l'objet d'une communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux le 30 avril 1929.

Femme de 34 ans, II-pare, enceinte de 3 mois.

Myomectomies pour fibromes utérins sphacelés au cours de la grossesse.

P... (Madeleine), entre le 15 mars 1929 dans le service de M. le Professeur agrégé Papin.

Elle a été réglée pour la dernière fois au début du mois de décembre 1928. Son ventre a rapidement augmenté de volume et en janvier sont apparues des douleurs abdominales, surtout localisées à gauche; en mars, les douleurs deviennent plus intenses et la température oscille entre 37°5 et 38 degrés.

Dans ses antécédents, on ne relève qu'un incident notable : en janvier 1917, apparition de douleurs dans le bas-ventre qui ont duré quatre mois et cédé au repos.

Examen (le 15 mars 1929). — Température : 37 degrés, 37°5. Bon état général.

On trouve à l'examen de l'abdomen une assez grosse masse sous-ombilicale médiane dont le volume se rapproche beaucoup plus de celui d'une grossesse de 6 mois que de 3 mois (D. R. : début décembre). Sur cette masse se surajoutent quatre ou cinq autres masses supplémentaires, arrondies, à peu près régulières, donnant l'impression de fibromes utérins sous-péritonéaux; ces masses sont très nettement et électivement douloureuses.

Au toucher, col ramolli d'utérus gravide et masse douloureuse postéro-latérale gauche.

Diagnostic. — Grossesse de 3 mois et nécrose aseptique de fibromes utérins.

Intervention (le 21 mars 1929). — Anesthésie générale à l'éther

Ombrédanne. Laparotomie médiane : gros utérus sur lequel on voit se détacher plusieurs noyaux fibromateux; on est obligé de l'extérioriser pour explorer sa face postérieure et ses faces latérales; on enlève successivement six fibromyomes dont 2 sont pédiculés ou presque, les 4 autres interstitiels; ils ont le volume d'une grosse noix verte, sauf deux d'entre eux qui sont plus gros. Hémostase de chaque myomectomie par ligature et surjet capitonnant. Fermeture du ventre sous drainage.

Suites opératoires. — Malgré 0,03 de morphine dans les premières 24 heures la malade expulse dès le lendemain un fœtus de 3 mois environ; délivrance spontanée en un second temps. Suites normales : la malade sort guérie le 20^e jour.

Un des myomes enlevés a été examiné par M. le Professeur Sabrazès qui a conclu : « Myome avec lésions de cytolyse; certains territoires sont altérés. En septembre 1929 la malade revient à l'hôpital avec les mêmes symptômes que ceux ayant précédé la première intervention à la suite de laquelle l'utérus était resté fibromateux.

On décide une deuxième opération et elle subit une hystérectomie.

L'utérus enlevé est gros, fibromateux.

Bonne guérison, la malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXIII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PÉRY.)

Femme de 35 ans.

Mme X... vient consulter à la Maternité au début de mars 1928, parce que ses règles ont cessé depuis un mois. Voudrait savoir si elle est enceinte. Règles ordinairement douloureuses.

En décembre 1928, au moment de ses règles, souffre du bas-ventre d'une façon anormale.

En janvier 1929 : Règles moins abondantes.

En février : Rien.

La malade dit que depuis trois semaines elle souffre beaucoup

de la fosse iliaque gauche, douleur devenue très vive, surtout depuis huit jours.

Examen. — Utérus gros, assez dur, dévié à gauche. Col fermé, dur. Au niveau de la corne gauche, on trouve un noyau mou très douloureux.

Au palper bimanuel : Pas de ballottement fœtal.

Aux seins : Un peu de colostrum.

Diagnostic. — Fibrome nécrobioté avec possibilité de grossesse.

Une laparotomie exploratrice est faite, qui montre un gros utérus rouge violacé paraissant se contracter périodiquement. Sur la corne gauche, on voit un noyau très saillant, très mou et plus foncé.

Le diagnostic de grossesse paraissant confirmé, toute opération radicale est écartée, et on se borne à une myomectomie facile, sans hémorragie.

Suites opératoires normales.

La malade est suivie pendant trois mois : elle a très régulièrement ses règles mais souffre énormément à chaque menstruation.

La tumeur utérine augmente un peu de volume, mais d'une façon tellement minime que l'idée de grossesse doit être écartée.

L'examen de la pièce enlevée permettant de conclure à un fibrome à dégénérescence plutôt maligne, on décide une intervention radicale.

Le 19 juin 1929 : On pratique une hystérectomie totale difficile, l'anse iliaque étant devenue très adhérente à la cicatrice de myomectomie. Mikulicz.

Suites normales. Sortie guérie le 3 août.

V

RESULTATS DE LA MYOMECTIONIE

Elle a un double but selon que l'on considère les résultats immédiats ou éloignés.

Parmi les premiers, qui sont d'ordre physiologique, nous noterons tout d'abord la conservation à la femme de ses fonctions de menstruation et d'ovulation, chose primordiale chez beaucoup, pour qui la suppression de leurs attributs féminins est regardée comme un signe de déchéance.

En relation avec ces fonctions, nous n'avons pas les inconvénients de la castration ou ménopause anticipée avec ses bouffées de chaleur, ses douleurs rhumatoïdes, ses troubles de la mentalité et du caractère, ainsi que la suppression de la vie génitale amenant une atrophie des organes génitaux plus ou moins complète et une adiposité fort gênante en général. De même Vaquez et Leconte signalaient dans une communication à l'Académie de médecine (avril 1922) que les grands chiffres de tension artérielle étaient fréquents chez les femmes dont les hémorragies avaient été arrêtées brusquement par l'hystérectomie ou par les rayons X. La myomectomie pourrait donc leur éviter ce symptôme.

Enfin, nous signalerons encore la disparition des douleurs des métrorragies et accidents de compression dus aux fibromes, ces derniers pouvant occasionner des troubles du côté de la vessie ou de l'intestin et être à l'origine de méfaits graves au cours de la grossesse ou des accouchements et suites de couches.

A Bordeaux, Barthélemy a même fait une thèse sur la né-

crobiose des fibromes au cours de la grossesse. De nombreux exemples ont été donnés avec grossesses conservées et bons accouchements à la suite de myomectomies pendant la gestation et nous avons signalé dans le chapitre relatif à la gravité de cette opération que Burideau avait vu évoluer 121 grossesses à terme sur 133 interventions. Tandis que Boher admet dans sa statistique qu'il y a avortement dans un cinquième des cas.

Nous-même avons 8 observations de ce genre (obs. IV à X inclus) avec une interruption seulement (obs. IV) lorsque la gestation continue à évoluer normalement. Chez ces malades, les accoucheurs, par mesure de prudence, font en général un accouchement prématuré avec application de forceps (obs. IX).

Maintenant, si nous considérons les résultats éloignés, nous aurons à les envisager à deux points de vue. Le premier traitera du but principal de cette opération conservatrice, c'est-à-dire de la possibilité des grossesses, de leur étude et des accouchements après la myomectomie. Le deuxième aura pour objet la conservation des résultats immédiats acquis, c'est-à-dire la non-récidive ou récidive des fibromes.

Voyons la conservation de la fécondité. Les grossesses sont-elles fréquentes après l'énucléation de myomes ? En 1922, Goullioud (voir thèse d'Achard) avait suivi 114 opérées guéries : en défalquant 43 célibataires, 61 femmes mariées de plus de 40 ans, il reste, pour 54 opérées, 15 grossesses, soit 25 p. 100. En 1928, il a eu connaissance de 20 accouchements à terme d'enfants vivants. Certaines des opérées ont eu 3 et 5 enfants. W. Mayo, en 1922, a retrouvé 504 opérées; 24 d'entre elles avaient eu 1 enfant depuis l'opération, 7 en avaient eu 2 ou plus; 17 étaient enceintes au moment de l'enquête. Au total, ces chirurgiens arrivaient à 43 enfants vivants, pour 75 p. 100 de femmes mariées seulement, nombre très encourageant si l'on tient compte du fait que 33 femmes mariées, stériles avant leur opération, sont devenues enceintes après.

Chifoliau a vu 4 femmes devenir enceintes sur 40 opérées. Une opérée de Tuffier a mené 4 grossesses à terme.

Nous-même, sur les quelques malades que nous avons retrouvées et qui avaient subi une ou plusieurs myomectomies, avons vu deux femmes ayant eu de nombreux enfants (obs. XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX), alors qu'elles étaient stériles ou ne pouvaient mener une grossesse à terme. Nous avons même, grâce à l'amabilité de M. le Professeur Bégouin, l'exemple d'une personne ayant eu une petite fille après avoir subi une amputation du col et, un an après, une myomectomie à la limite des indications opératoires puisqu'elle présentait à côté d'un utérus fibromateux, des ovaires scléro-kystiques (obs. XI). Il faut noter cependant que cette femme, dont nous avons eu des nouvelles dernièrement, souffre, a vu son utérus augmenter de volume et a des pertes assez abondantes. Elle doit faire une récurrence, mais ses désirs ont été accomplis et les différentes opérations conservatrices qu'elle a subies lui ont permis d'avoir un enfant et lui ont gardé quelques années de vie génitale active.

Les grossesses après myomectomie ne sont donc pas exceptionnelles, mais leur fréquence est au contraire un très bon argument en sa faveur. Elles évoluent d'ordinaire d'une façon tout à fait normale. Benoît-Gonnin a réuni dans sa thèse 125 cas de grossesses après myomectomie; 100 ont été menées à terme; 20 fois il y a eu avortement : 12 de ces accidents semblent en rapport avec l'opération, 8 fois il y a eu accouchement prématuré.

Nous-même, dans nos observations, avons de bons résultats. Les accouchements sont bons en général (obs. X, XIV, X, XVI, XIX.), parfois des applications de forceps ont été nécessaires (obs. XI, XVI, XVIII). Nous avons un seul exemple d'une femme ayant accouché d'un enfant mort-né par suite de la longue durée du travail (obs. XII), mais il s'agissait d'une primipare âgée de 41 ans. Par contre, une opérée de M. le Professeur Chavannaz a accouché de deux jumeaux sans aucune intervention (obs. X).

Les accidents sont très rares pendant l'accouchement: Benoit-Gonnin a trouvé 3 cas de rupturé utérine. Au Congrès de chirurgie de 1924, Aubert (Genève) en a cité une. Goullioud signale sa quinzième opérée qui était enceinte et ne pouvait accoucher par les voies naturelles à cause de la persistance d'un noyau fibromateux juxta-cervical, fixé par des adhérences post-opératoires. Une opération césarienne lui permit de mettre au jour l'enfant vivant et de guérir la mère.

Au point de vue chances de grossesses ultérieures, la question semble donc tranchée à l'avantage de l'opération conservatrice. En est-il de même pour la possibilité des récidives? C'est une des plus sérieuses critiques à l'adresse de la myomectomie, qu'il y ait développement de noyaux nouveau-nés après l'opération, ou accroissement des petits nodules pré-existants. Il ne faut pas exagérer ce danger. Les récidives ne sont pas fréquentes et proviennent souvent du fait que l'on a fait la myomectomie dans des cas à la limite, parfois même au delà de son indication opératoire, et sur le désir de la malade qui voulait des enfants.

Si nous étudions les statistiques publiées, nous voyons que Martin (de Berlin) n'avait eu l'occasion de constater que 4 récidives sur 141 myomectomies (Congrès de gynécologie de Breslau, 1813).

En 1899, Longuet rassemble 192 observations d'énucléation et ne trouve que 2 cas. Engstrom Otto (d'Helsingfors) présente au Congrès d'Amsterdam une statistique de 180 cas opérés par lui; il a suivi ses malades et n'a jamais été obligé de réintervenir.

En 1900, Zwibel, dans sa thèse, ne compte que 4 récidives sur 563 cas colligés par lui et guéris. Ferendinos en trouve 3 sur 290.

Giles Artur a les résultats éloignés de 88 de ses opérées, il compte 9 récidives, soit 10 p. 100 des cas.

J. Mayo (de Rochester) a opéré 909 cas de 1891 à 1921; il a retrouvé les traces de 504 cas et n'a constaté que 12 récidives ayant nécessité une deuxième intervention.

Témoin (de Bourges) n'a observé que 4 opérées avec récive sur 120 de ses myomectomies. Parmi ces 4, deux avaient eu; l'une, deux grossesses normales; l'autre, une.

Goullioud fait publier ses résultats en 1913 dans la thèse de Benoît-Gonin. Il a 5 récives sur 74, donc, 6,7 p. 100.

En 1922, Achard signale 8 récives sur 118 cas, soit 6,77 p. 100, tandis que Pacaud, en 1925, en ajoute 2 nouveaux, ce qui fait 10 récives sur 120, nous donnant une proportion de 8,33 p. 100.

Nous-même, sur les quelques opérations faites à Bordeaux, ayons à signaler 3 cas (obs. XXI, XXII, XXIII), où une hystérectomie fut nécessaire peu de temps après et une quatrième femme semble faire une récive. Mais ces 4 myomectomies ont été faites dans des cas tout à fait spéciaux, pour obéir à la volonté de la femme, alors que cette opération ne semblait guère indiquée.

Dans l'observation XXI, il s'agit d'une malade qui présente de la rétroversion utérine, un utérus nettement fibromateux auquel on ne peut enlever que deux noyaux bien individualisés.

Dans l'observation XXIII, nous avons une malade à laquelle on a fait plusieurs myomectomies pour fibromes sphacelés à la suite d'une erreur de diagnostic faisant croire à une grossesse. On est obligé de réintervenir trois mois plus tard à cause du caractère malin des noyaux et non pour récive vraie.

Dans la troisième observation (XXII) on fait l'énucléation de 6 fibromes en état de nécrose aseptique sur un utérus gravidé de trois mois nettement fibromateux. On fait l'hystérectomie quatre mois plus tard à la suite de phénomènes inflammatoires, semble-t-il.

Pour le quatrième cas non opéré encore (obs. XI), nous sommes en présence d'une personne ayant subi une amputation du col, une myomectomie sur un utérus demeurant assez gros, fibromateux, avec à côté des ovaires scléro-kystiques.

On voit donc que ces récives sont relativement rares.

Les chirurgiens ont constaté qu'elles étaient en rapport avec l'âge : plus la femme est jeune, plus elle a de chances; avec le choix des cas et surtout avec la longueur du temps d'observation, les récurrences demandent un certain temps pour se produire.

Pacaud les classe ainsi :

Récurrences rapides : de 1 à 5 ans;

Récurrences lentes : de 5 à 15 ans;

Récurrences très lentes : de plus de 15 ans.

Mocquot parle aussi de fausses récurrences. Il cite le cas d'une malade à laquelle Tuffier avait fait une myomectomie et qu'il opéra neuf ans plus tard, lui faisant une hystérectomie, parce qu'il craignait une récurrence et peut-être une dégénérescence maligne. L'utérus était d'apparence normale sans fibrome, on ne voyait pas même la cicatrice. Chez cette femme, à l'âge de la ménopause, les métrorragies relevaient sans doute d'un trouble des fonctions ovariennes.

Il ne faut donc pas avoir trop peur d'une opération itérative et bien des femmes préféreront s'y exposer et conserver l'espoir d'une maternité.

CONCLUSIONS

La myomectomie est une excellente opération, mais il faut s'en tenir à ses seules indications.

I. — En dehors de la grossesse, elle s'applique à des femmes :

- 1° jeunes, au-dessous de 40 ans au moins;
- 2° avec un utérus à noyaux fibromateux bien individualisés, peu nombreux, de volume pas trop excessif et facilement énucléables;
- 3° avec des annexes en bon état.

II. — Pendant la grossesse, c'est l'opération idéale si l'on est obligé d'intervenir. Elle sera pratiquée :

- 1° si des accidents graves et rapides mettent la femme dans une situation dangereuse;
- 2° en vue de parer à des complications éventuelles lors de l'accouchement (myomectomie au cours de la césarienne).

Ses résultats immédiats sont excellents en dehors de la grossesse. Pendant son évolution, elle permet la continuation normale de la gestation dans les quatre cinquièmes des cas environ.

Ses résultats éloignés permettent l'espoir de grossesses ultérieures dans une proportion assez forte, mais aussi quelques risques de récidence. Les accouchements postérieurs à l'opération sont presque toujours satisfaisants, mais l'accoucheur devra se méfier, car il sera très souvent en présence de primipares âgées.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

G. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 10 décembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

■

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Des suites éloignées de la myomectomie. Thèse Lyon, 1922.
- ASCHNER. — Die Ueberlegenheit der erweiterten Konservation Myomoperation uber die Radikaloperation und Rontgenkass-tration. *Geburtshilfe und Gynokologie*, n° 89.
- BARTHÉLEMY. — Indications opératoires dans la nécrobiose des fibromes survenant au cours de la grossesse. *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, n° 8, août 1929.
- Thèse Bordeaux, 1929.
- BAUDOT. — Thèse Nancy, 1923-1924.
- BOZON. — A propos des fibromes praevia. *La Semang medica*, Buenos-Ayres, n° 22, 3 juin 1926.
- BOZY. — Note sur une indication de la myomectomie dans les fibromes utérins. *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de chir.*, n° 24, 14 juill. 1928, p. 1001.
- BÉCLÈRE (Claude). — Discussion du VI^e Congrès de l'Assoc. des gyn. et obst. de langue française à Bruxelles. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, oct. 1929, p. 504.
- BÉGOUX. — Précis de pathologie chirurgicale, t. IV.
- Discussion du VI^e Congrès de l'Assoc. de gyn. et d'obst. de langue française à Bruxelles. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, oct. 1929, p. 519.
- Fibrome utérin et myomectomie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 30, 20 nov. 1929, p. 891.
- BENOÎT-GONIN. — Contribution à l'étude des grossesses après la myomectomie. Thèse Lyon, 1913.
- FÉRARD. — A propos du traitement des fibromes utérins. *Lyon chirurgical*, mars 1924.
- BERNIOLLE. — Les fibromes péritonéaux à pédicule tordu au cours et en dehors de la grossesse. Thèse Paris, 1906.

- LE BIHAN. — Contribution à l'étude de la myomectomie au cours de la grossesse. Thèse Lyon, 1930-1931.
- BOLHER. — Etude statistique et comparative sur la myomectomie. Soc. d'obst. et de gyn. de Strasbourg, p. 214, janv. 1930.
- BONIER. — De la myomectomie dans le traitement des fibromes utérins. Thèse Lyon, 1904.
- BONNEY. — La myomectomie, traitement de choix des fibromes utérins. *The Lancet*, n° 5334, 21 nov. 1925.
- BOUNNEY. — Technique and results of myomectomy (Hunterian Lecture). *Lanc.*, I, p. 171-177, 24 janv. 1931.
- BRIAND. — La myomectomie chez la femme à terme pendant le travail. *Les sciences médicales*, 15 mai 1930.
- Les myomectomies au cours de la grossesse. Journées des prat., 7 juin 1930, p. 372.
- BRINDEAU. — La myomectomie dans ses rapports avec la grossesse. *Gyn. et obst.*, p. 255-271, août 1929.
- BROOK et BLANC. — Myomes utérins et grossesse; leur nécrose. *Surgery gyn. and obst.*, n° 3, mars 1925.
- CHALIER. — Myome rouge de l'utérus enlevé par myomectomie. Soc. de chir. de Lyon, 30 oct. 1924.
- Discussion du VI^e Congrès de l'Assoc. des gyn. et obst., n° 10, p. 298, 1926.
- CHAVANNAZ. — Fibrome sphacélé au cours de la grossesse. Congrès de chirurgie, 1910.
- CHIFOLIAU. — Le risque opératoire dans la chirurgie des fibromyomes de l'utérus. *Progrès médical*, 15 oct. 1924.
- A propos de la myomectomie. Soc. nat. de chir., 25 fév. 1928.
- Cozzi (C.). — La myomectomia in gravidanza. *Rassegna d'obst. et qui.*, p. 39-131-156, March., 31, 1930.
- COTTE et CREYSEL. — Contribution à l'étude de la myomectomie au cours de la grossesse. *Arch. franco-belges de chir.*, juin 1924.
- CUNÉO. — *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de chir.*, t. LII.
- DARTIGUES. — Thèse Paris, 1901.
- DEFOULOUY. — Thèse Paris, 1925.

- DEVRAIGNE. — Myomectomie sur un utérus gravide de trois mois. Évolution normale de la gestation. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, p. 20-139, févr. 1928.
- DOUAY. — Discussion du VI^e Congrès de l'Assoc. des gyn. et obst. de langue française à Bruxelles. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, oct. 1929, p. 499.
- DUJARIER. — A propos de la myomectomie. *Soc. de chir.*, 25 avril 1928.
- DUJARIER et HEDDEN. — Myomectomie suivie de gestation; accouchement normal. *Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, juin 1927.
- DURAND. — Myomectomie au cours de la grossesse pour accidents péritonéaux. Guérison. *Soc. nat. de méd. et des sciences méd.*, 8 mai 1929.
- ESSEN MOELLER. — Ueber Konservative myomoperation. *Monatsch. f. geb. u. Gyn.*, L. A. I., Berlin.
- FABRICIUS (Joseph). — Ueber Myom und gravidität. *Wiener med. Wochenschr.*, n° 18, 27 avril 1929, p. 575.
- FAURE (J. L.). — *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de chir.*, 1928, n° 12, p. 531.
- FÉRENDINOS. — Thèse de Paris, 1900.
- FERGUSSON. — Myomes utérins compliquant la grossesse. *The British medical Journal*, 12 mars 1927.
- FERRARI (F.) et HONEL (J.-E.). — Myomectomie au cours de la gestation. Accouchement à terme. *Soc. d'obst. et de gyn. d'Alger*, 13 avril 1929.
- FLESH. — Myomectomie oder Radicalop. des myomatosen uterus. *Münchens Med. Wochenschr.*, 1925, p. 1632.
- FONTAINE. — De la myomectomie pendant la grossesse. Thèse Paris, 1914.
- FRUHHINSHOLTZ et HAMAN. — Myomectomie dans les cas de fibromes volumineux compliquant la grossesse. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1928, t. XVII, n° 3.
- FRUHHINSHOLTZ, HAMAN et MICHEL (G.). — Myomectomie et grossesse. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1924, t. XIII, n° 7.

- GILES. — Myomectomie au troisième mois de la grossesse. *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, n^{os} 17-18, 25 sept. 1923.
- GONIARD. — Sur les myomectomies. *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, juin 1928.
- Myomectomie suivie d'avortement. *Revue franç. de gyn. et d'obst. de Paris*, 1920.
- GOUILLOUD. — Des indications actuelles de la myomectomie. *Presse médicale*, n^o 16, 25 févr. 1922.
- 15 cas de grossesse après myomectomie abdominale. *Gyn. et obst.*, 1924, t. IX, n^o 3.
- Les indications de la myomectomie, de l'hystérectomie et de la curiethérapie des myomes. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1924, n^o 24.
- 18 cas de grossesse après myomectomie abdominale. *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de chir. de Paris*, t. LIV, n^o 16.
- Suggestion à propos de la myomectomie. *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de chir. de Paris*, 1928, t. LIV, n^o 17.
- De la myomectomie; ses indications et ses résultats. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, oct. 1929.
- Myomectomie pour fibromes utérins volumineux. 2 cas de myomes malins. *Lyon chirurgical*, n^{os} 27-307-314, juill.-août 1930.
- GROSSE. — Thèse Paris, 1902.
- Fibrome du segment inférieur enclavé pendant la grossesse. Phénomènes de compression. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, n^o 6, juin 1921.
- HALLER. — Myomectomie sur utérus gravide. Soc. de chir. de Paris, 7 mai 1924.
- HEINECK (Chicago). — Fibromes de l'utérus compliquant la grossesse. Etude analytique de 380 observations. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, sept. 1920; *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, nov. 1920.
- HRUZECK (H.). — Indications et résultats des myomectomies pendant la gestation. Thèse Paris, 1929.
- JEANNENEY, ROSSET-BRESSAND. — Myomectomie au cours de la grossesse. Soc. d'obst. et de gyn., Bordeaux, 27 mai 1930.

- JAMAIN. — Fibromes utérins et puerpéralité. Thèse Paris, 1917.
- JOUBERT. — Des indications opératoires au cours de la grossesse compliquée de fibromes. Thèse Paris, 1907.
- KELLER (R.). — Torsion d'un fibrome pédiculé sur un utérus fibromateux après myomectomie. Vingt ans avant, iléus par coudure des anses intestinales accolées au fibrome. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1923, t. XII.
- Les dangers de la myomectomie. *Revue franç. d'obst. et de gyn.*, t. XXIV, n° 6, juin 1929, p. 337.
 - La myomectomie : ses suites opératoires. Soc. d'obst. et de gyn. de Strasbourg, séance du 6 juill. 1929.
 - A propos de la différence de l'indication de la myomectomie pendant la grossesse et pendant le travail. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, oct. 1929.
- KELLER (R.) et BOHER. — Etude statistique et comparative sur la myomectomie, *Revue franç. d'obst. et de gyn.*, mars 1930, p. 177.
- KNECHT. — Contribution à l'étude de la myomectomie en dehors et au cours de la grossesse. Thèse Strasbourg, 1929-1930.
- LABBEY. — Rapport du CCCI^e Congrès français de chirurgie de Paris, 1924.
- A propos de la myomectomie. *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de chir.*, 1928.
- LABAUME. — Myomectomie et grossesse. *L'Union méd. des prat. franç.*, nov. 1929.
- LAURE. — Myomectomie pour grossesse chez une femme enceinte; guérison, accouchement à terme. Soc. de chir. de Paris, 28 oct. 1910.
- LAURENTIE. — Fibromes utérins et grossesse. *Vie médicale*, 1924.
- LE FORT. — Myomectomie. Développement ultérieur de fibromes à allures graves. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1924, n° 2.
- LEFEBVRE. — L'avenir obstétrical des femmes ayant subi la myomectomie abdominale. Thèse Paris, 1922.
- LEFAUR. — Thèse d'agrégation, Paris, 1913.

- LEROUX. — De la nécrobiose des fibromes de l'utérus pendant la grossesse. Thèse Paris, 1923.
- LOUBAT. — Deux observations de fibromes en nécrobiose au cours de la grossesse. Myomectomie. Conservation de la grossesse. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1925.
- LUNDQUIST. — Operative and radiologische Behandlung des uterus myoms. *Actogyn. scand.*, 1922, I, 3.
- MASSON (James C.). — Myomectomy, hysterectomy and radiotherapy in fibromes of uterus. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Bd 87, 1926, n° 19.
- MERIEL (E.). — La myomectomie au dehors de la grossesse. *Gyn. et obst.*, n° 20, p. 223, août 1929.
- *Gaz. des hôp.*, n° 102, p. 1602, nov. 1929.
- *Le Bull. méd.*, 14 déc. 1929, p. 1310.
- MIRCOMBE. — Thèse Paris, 1925.
- MOCQUOT. — Les opérations conservatrices dans les fibromyomes utérins. La myomectomie. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 févr. 1929.
- MURRAY (H. L.). — Myomectomy : record of 154 consecutive cases. *Tr. Edimb. obst. Soc.*, p. 29-99, 1929-1930.
- MORINIÈRE. — Myomectomie abdominale. Thèse Paris, 1900.
- PACAUD. — Des récidives après myomectomie abdominale. Thèse Lyon, 1925.
- PAMOS PEROLTA. — Césarienne basse et myomectomie pour fibrome. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1928, t. 12, n° 2.
- PAPILLON. — A propos d'un cas de myomectomie large. *Soc. de chir. de Paris*, 18 juin 1927.
- Les traitements actuels des fibromes de l'utérus. *Journ. de méd. de Paris*, n° 42, 20 oct. 1927.
- PAPIN (F.) et MAHON (R.). — Myomectomies multiples pour fibromes utérins sphacélés au cours de la grossesse. *Soc. d'obst. et de gyn.*, Bordeaux, juill. 1929, p. 491.
- PETIT-DUTAILLIS. — Pathogénie des fibromes utérins et indications actuelles de leur traitement. *La gynécologie*, juin 1924.
- PLACENTIANU. — De la myomectomie pendant la puerpéralité. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, Paris, sept. 1927.

- RECOSENS. — Myomectomie und Schwangersch. *Berichte f. ger Geb. und gyn.*, Bd X, 1926.
- *Ann. de méd. et de chir.*, 1927-1928, t. I, n° 1.
- REEB. — Grossesse et accouchement quatre ans après triple myomectomie abdominale. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1923, t. XIV, n° 4, p. 345.
- A propos de l'énucleation des fibromes. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1927, t. XVI, n° 7, p. 510.
- Fibrome et grossesse. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1930, t. XIX, n° 1.
- RÉLEY (F. R.). — Myomectomy in uterine fibroids. *New-Zeland. M. J.*, n°s 27-68-77, avril 1928.
- ROULAND. — Enucleation de fibromes au cours de la grossesse. *Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 14 mars 1927.
- *La gynécologie*, févr. 1928.
- SAUTY. — Myomectomie dans les gros fibromes. *Lyon chirurgical*, n°s 27-515, juill. 1930.
- SCHAUTA. — Ueber modern Myobehandlung. *Wien. med. Wochechr.*, 1924, n° 1.
- SCHICKELÉ. — L'énucleation des fibromes est-elle à recommander ? *Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1924, n° 1.
- SCHOCKAERT. — Myomectomie pendant la grossesse (*Bruxelles-médical*, n° 12, 17 janv. 1926).
- SCHMID (H. H.). — Ueber Kons. Myomoperation und besonderer resucks der avorielden urspaungs des myoblutungen. *Ztschr. f. geb. und gyn.*, 1923, LXXXVI, H. I, Stuttgart.
- TIXIER. — Rapport au XXXIII^e Congrès franç. de chir., 1924, p. 296.
- TUFFIER. — De l'énucleation des fibromes. Paris, Masson, 1904.
- TURNER. — Des interventions chirurgicales dans les fibromes gravidiques. Thèse Paris, 1900.
- VAUVENT. — Discussion du Congrès des gyn. et obst. de langue française à Bruxelles. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, oct. 1929, p. 500.
- VAUDEXAL. — Myomectomy during pregnancy. *Brit. med. Journ.*, 3 nov. 1928.

- VIEL. — Contribution à l'étude des fibromes gravidiques. Thèse Paris, 1920.
- VIGNES. — Fibromes de l'utérus et gestation. *Le Journal des prat.*, n° 5, janvier 1931.
- VILLANDRE. — Myomectomie sur utérus gravide. Soc. de chir. de Paris, 16 mai 1924.
- VILLARD (E.). — La myomectomie dans les gros fibromes interstiels. *Lyon chirurgical*, 530-534, juill.-août 1930.
- VIOLET. — Diagnostic et traitement dans les fibromyomes utérins accompagnés de grossesse. *Lyon médical*, n° 29, 19 juill. 1925.

